

**DOMANDA DI PROSECUZIONE A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI GIÀ IN CARICO ALLE
MISURE SOSTEGNO E/O MISURE SERVIZI**
ai sensi della DGR XII/6320/2026

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (____) CAP _____

in qualità di:

☐ diretto interessato

☐ **oppure**

*(da compilarsi solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei
quadrantini sottostanti e compilando i dati della persona non autosufficiente)*

☐ tutore/curatore/procuratore/amm. di sostegno (provvedimento nomina

_____)

☐ genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:

☐ in via esclusiva

☐ in modo congiunto

☐ altro _____ (specificare)

del beneficiario:

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (____) CAP _____

CHIEDE

la continuità del progetto individuale in essere

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. che NON sono intervenute variazioni rispetto alla precedente valutazione
(se sì, NON COMPILARE il punto 2)

SI ☐

2. che sono intervenute variazioni rispetto alla precedente valutazione relative a: SI ☐
- ☐ condizioni cliniche e funzionali del beneficiario
 - ☐ modifiche dei bisogni assistenziali, educativi o socioeducativi
 - ☐ sostituzione del caregiver familiare
 - ☐ del rapporto contrattuale con il personale di assistenza (*allegare nuova documentazione*)
 - ☐ dati residenza/domicilio:
 via/p.za _____ N° _____
 Comune _____ Prov. (_____)
 - ☐ contatti per le comunicazioni
 nominativo _____
 indirizzo e-mail _____
 tel. _____
 - ☐ dai relativi all'IBAN (*compilare pag. 4*)

CONFERMA

3. il mantenimento dei requisiti di accesso; SI ☐
4. il "sistema di assistenza/cura" descritto nel progetto individuale: (segnale
 (caregiver familiare/personale di assistenza regolarmente impiegato/...) SI ☐
- ☐ Buono sociale Assistente familiare
 - ☐ Buono sociale Caregiver
 - ☐ Assegno per l'autonomia
 - ☐ Servizi integrativi attivati

5. il progetto attivo e sottoscritto SI ☐
6. i dati relativi alla residenza/domicilio SI ☐
7. contatti per le comunicazioni SI ☐
8. dai relativi all'IBAN SI ☐

Esprime il proprio **consenso** affinché i **dati personali** forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 novellato dal D. Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

I dati personali o sensibili presenti nell'istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati. Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà

mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.

I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione. Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- Operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
- Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Ente;
- Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l'erogazione del Voucher Socio Sanitario e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
- Società, Enti/Aziende che, per conto dell'ATS, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
- operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
- suo Medico di famiglia (MMG o PLS).

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

A tal fine

ALLEGA

- ☐ modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda
- ☐ documentazione comprovante le variazioni intervenute rispetto alla situazione precedentemente valutata

Luogo _____ Data _____

Firma ¹

Firma del dichiarante: _____

Firma dell'altro genitore in possesso di resp. genitoriale: _____

¹ Se domanda in favore di minore occorre la firma dei due genitori, ad esclusione dei casi di genitore unico o disposizioni dell'Autorità Giudiziaria

COMUNICAZIONE DATI ESTREMI PER LA LIQUIDAZIONE (IBAN)

Da compilare allegare SOLO in caso di variazione rispetto alla precedente valutazione on caso di presentazione domanda bonus caregiver, bonus assistenti familiari o assegno per l'autonomia

gli estremi per la liquidazione del contributo tramite bonifico sul conto corrente (non Libretti Postali) identificato dalle seguenti coordinate:

Istituto _____

Agenzia _____

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri)

dichiarando che il medesimo conto corrente è:

- ☐ intestato alla persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale o alla persona con disabilità e con necessità di sostegno intensivo molto elevato (senza altri cointestatori)
- ☐ cointestato alla persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale o alla persona con disabilità e con necessità di sostegno intensivo molto elevato, comunicando di seguito i dati relativi al cointestatario
- ☐ intestato ad un familiare della persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale o della persona con disabilità e con necessità di sostegno intensivo molto elevato, comunicando di seguito i dati relativi al cointestatario

Cognome e nome del cointestatario/familiare, se presente, del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

Cognome e nome di altro cointestatario, se presente, del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

In caso di soggetto minorenne intestato/cointestato ai seguenti genitori

Genitore A

Cognome e nome dell'intestatario del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

AMBITO TERRITORIALE BASSA BRESCIANA ORIENTALE

Comuni di: Acquafredda, Calcinato, Calvisano, Carpenedolo, Montichiari, Remedello e Visano

Genitore B

Cognome e nome del cointestatario del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente
